

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N° 591

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Crispino Léon dit Crespi

Né en 1908, à Salonique (Grèce)

Cellulite Interpectorale

Président : M. GOSSET, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'Ecole de Médecine
PARIS

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Crispino Léon dit Crespi

Né en 1908, à Salonique (Grèce)

Cellulite Interpectorale

Président : M. GOSSET, Professeur

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ
11 et 13, Rue de l'Ecole de Médecine
PARIS

1938

I — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Crologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY ... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHT Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON .. Hydrologie.

II. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCO	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY - RADOT ..			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie Clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*Faible témoignage
d'une profonde reconnaissance.*

A MA FEMME

A MON FILS

A MON FRERE

A MES SŒURS

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur A. GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale

Chirurgien de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

*qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse
Respectueux hommages.*

A Monsieur le Docteur Léopold LE NOUENE
Chirurgien-chef des Hôpitaux du Havre

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse, nous ne saurons jamais lui ex-
primer notre reconnaissance pour le
soutien moral et intellectuel qu'il nous
a prodigué depuis notre internat au
Havre.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre gratitude et de notre
profond dévouement.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DU HAVRE :

Monsieur le Docteur BOULLIÉ,

Monsieur le Docteur GAUCHET,

Monsieur le Docteur VERGEZ,

Monsieur le Docteur DUVAL,

Monsieur le Docteur POSTEL, *in memoriam*

Monsieur le Docteur TESTARD,

Chirurgiens des Hôpitaux du Havre.

Monsieur le Docteur VINZENT,

Chef du laboratoire de Bactériologie

Monsieur le Docteur POTE,

Chef du laboratoire de Chimie Biologique

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE ROUEN

A MES MAITRES DES HOPITAUX
PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE-INFERIEURE

Monsieur le Docteur POCHON, *in memoriam*

Monsieur le Docteur LATAPIE,

Monsieur le Docteur GASSIOT,

Monsieur le Docteur MENUAU,

Mademoiselle le Docteur MOREL,

Monsieur le Docteur USSE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DANIEL
Directeur de la Maison de Santé départementale
ex-Médecin des Hôpitaux du Havre.

INTRODUCTION ET PLAN

Nous avons eu tout récemment l'occasion d'observer dans le service du D^r Le Nouène un malade que nous avons supposé de prime abord atteint de phlegmon diffus de la paroi thoracique. Assez rapidement les signes de localisation se précisèrent et nous firent porter le diagnostic de phlegmon interpectoral, diagnostic qui fut confirmé par l'intervention.

Nous avons cru intéressant, à propos de ce malade, de donner, en groupant un certain nombre de cas, une description détaillée de cette affection en lui restituant une individualité pathogénique, clinique et thérapeutique que peu d'auteurs lui ont jusqu'ici attribuée.

L'intérêt de l'étude de cette variété de phlegmons réside dans les particularités suivantes :

- d'une part, sa rareté;
- d'autre part, la difficulté d'un diagnostic pré-

cis; cette affection étant tantôt primitive, tantôt complication d'une autre affection qu'il faudra s'attacher à déterminer;

- enfin l'importance d'un diagnostic précoce pour la bonne conduite du traitement, sans oublier les examens para-cliniques qui permettront d'identifier le germe en cause.

Nous ne nous occuperons donc, dans ce travail, que du phlegmon de l'espace cellulaire interpectoral que nous dénommerons : *cellulite interpectorale*, à l'exclusion des variétés antérieurement décrites sous le nom de phlegmon diffus de la paroi latérale du thorax.

Après avoir exposé quelques observations tant personnelles qu'empruntées à différents auteurs, nous diviserons l'étude de cette affection en différents chapitres :

- l'anatomie topographique de la loge où se développera l'infection;
- un court aperçu historique;
- la recherche de la cause et du processus infectieux;
- l'étude clinique et pronostique avec le diagnostic et les complications;
- le traitement.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

*Observation personnelle prise dans le service du
D^r Le Nouène, chirurgien des hôpitaux du Havre.*

P..., Emile, entre à l'hôpital le 18 avril 1938 parce qu'il souffre de douleurs intenses qu'il localise à la région pectorale droite profonde. Ce malade est âgé de 36 ans; il est manœuvre. Malgré son état traduisant un organisme infecté, il nous raconte volontiers son histoire clinique.

Il fait remonter le début à 3 jours. Il a été brusque et marqué par une fièvre élevée précédée de nombreux frissons. Le lendemain sont apparues des douleurs vives à l'épaule droite et à la région pectorale profonde. Le malade est resté couché chez lui deux jours et, voyant son état s'aggraver, il se décide à entrer à l'hôpital. Nous trouvons à l'in-

terrogatoire la notion d'un traumatisme remontant à quelques jours.

Nous sommes en présence d'un homme au faciès infecté, teint terreux, yeux excavés, couvert de sueur, anxieux. La langue est saburrale, les lèvres fuligineuses. La respiration est un peu rapide mais il nous parle sans fatigue.

Nous examinons le malade torse nu et nous constatons un soulèvement étendu de la région pectorale droite gagnant la partie latérale du thorax. A ce niveau la peau est rouge. Le creux sous-claviculaire du même côté est effacé. Aucune déformation semblable du côté opposé.

La palpation douce et progressive révèle une paroi tendue, douloureuse, particulièrement au niveau du bord externe du grand pectoral. Pas d'empreinte en godet à la pression.

La mobilisation de l'article scapulo-huméral droit est légèrement douloureuse, mais cependant possible d'avant en arrière, ce qui nous fixe sur l'intégrité de l'articulation. Par contre, tout mouvement tendant à la contraction du grand pectoral est impossible et met ce muscle en état de contracture.

Le creux axillaire est libre. Nous ne trouvons pas de ganglions perceptibles ni de lésions cutanées. L'examen de la main, de l'avant-bras, du bras, de l'épaule, des régions scapulaire, thoracique et ab-

dominale ne montre ni trainées de lymphangite, ni traces de la moindre plaie.

La température est à 40°1, le pouls à 120, la tension au Vaquez : 14-9. Les urines sont rares, foncées, ne contiennent ni sucre ni albumine.

Nous établissons le diagnostic de phlegmon rétro-pectoral et nous instituons comme traitement provisoire des pansements humides. Nous ordonnons aussi un tonicardiaque.

Le 19 au matin, l'état général reste inchangé et les signes locaux se précisent. Le gonflement est plus net, les douleurs plus vives, lancinantes. Pas de signes de fluctuation. La température reste à 40° le soir pour retomber à 39° le lendemain. Le pouls est toujours rapide, le faciès grippé, la langue recouverte d'un enduit blanchâtre épais.

La palpation de la région pectorale montre pour la première fois un œdème gardant le godet, sans signes de fluctuation.

Une radiographie de l'hémithorax montre l'intégrité de l'appareil pleuro-pulmonaire et de la paroi costale.

La température est à 39° et l'intervention est décidée.

L'incision profonde sous anesthésie générale est pratiquée en suivant le bord externe du grand pectoral. Elle donne issue à un liquide séro-purulent,

peu abondant, semblant provenir de la loge rétropectorale. L'exploration digitale révèle un grand décollement formé de nombreux pertuis remontant jusqu'à la clavicule et par où s'écoule de la sérosité purulente.

On introduit dans la cavité des mèches iodoformées. On institue en même temps un traitement général : soluseptazine intraveineuse, tonocardiaques.

Le lendemain de l'intervention la température descend à 37°8 pour remonter le soir à 38°1 et retomber à la normale cinq jours après.

L'état général se relève rapidement, les urines sont devenues claires et abondantes et le malade pourra sortir guéri prochainement.

L'examen direct après coloration du pus a montré que le germe en cause était le streptocoque. La culture l'a confirmé par la suite.

La symptomatologie présentée par ce malade correspond à la description clinique de la cellulite interpectorale dont on trouvera plus loin l'étude détaillée.

OBSERVATION N° 2¹

Il s'agit du nommé A..., Ch., âgé de 44 ans,¹ dont l'histoire clinique se résume ainsi :

Trois à quatre jours après une piqûre au doigt avec un os de lapin, le malade présente quelques vagues douleurs à l'épaule droite et à la région thoracique antérieure du même côté.

L'état général s'altère rapidement. Le soir il présente de la fièvre accompagnée de frissons avec sueurs. Il est anorexique; il ne peut dormir. Le malade, ne voyant aucune amélioration survenir dans son état, se décide à aller consulter M. Boullié, chirurgien des hôpitaux du Havre.

On se trouve en présence d'un malade au faciès infecté se plaignant de vives douleurs à l'épaule droite et surtout à la région antérieure thoracique. Examiné torse nu, le malade présente une tuméfaction évidente étendue à la région thoracique droite avec effacement du creux sous-claviculaire et bombement latéral au niveau des bords externe et inférieur du grand pectoral.

La peau est légèrement rouge. Il existe de l'œdème gardant le godet. La palpation réveille

1. Cette observation nous a été communiquée par M. Boullié, chirurgien des Hôpitaux du Havre.

une douleur profonde à la région pectorale. Il n'existe pas de signes évidents de fluctuation profonde. Le creux axillaire est libre de toute adénopathie. Les mouvements actifs sont nuls. Les mouvements passifs sont possibles d'avant en arrière mais l'adduction volontaire réveille une contraction du grand pectoral immobilisant le membre.

L'état général est très touché, la température élevée, le pouls rapide, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

M. Boullié pose le diagnostic de phlegmon sous-pectoral. L'intervention d'urgence sous anesthésie générale est décidée. Une large et profonde incision sur le bord externe du grand pectoral découvre l'espace interpectoral qui est facilement décollé, permettant l'évacuation d'une grande quantité de pus. Un drain est laissé en place.

Le germe microbien identifié est le streptocoque.

Bien que le drainage se fasse normalement en déclive, le malade continue de présenter une température élevée avec frissons intenses, sueurs et état septicémique.

Malgré l'arsenal thérapeutique anti-infectieux mis en œuvre, le malade succombe de septicémie huit jours après l'intervention.

OBSERVATION N° 3¹

La jeune Auf..., Fiam., âgé de 7 ans, est amenée à l'hôpital avec le diagnostic de phlegmon de la paroi du thorax.

Sa mère nous raconte ainsi l'histoire clinique :

Sa fille s'est coupée au doigt avec un couteau; elle lui fit un pansement après lui avoir touché la plaie à la teinture d'iode. Quatre jours se passent et, alors que la plaie semble guérie, l'enfant se sent malade et se plaint de douleurs à l'épaule droite. On la couche et on lui prend la température qui est de 39°. L'enfant n'a pas faim, elle vomit et ne peut dormir. Pendant trois jours les douleurs persistent et s'accroissent en se localisant à la région antérieure du thorax. L'enfant ne peut remuer son bras. La température oscille entre 38° et 38°5. Le médecin traitant décide l'hospitalisation.

L'enfant est examinée torse nu. On constate une tuméfaction diffuse de la paroi antérieure droite du thorax. Les creux sus- et sous-claviculaires sont effacés et bombent en avant. La peau n'est pas rouge, la température locale est légèrement élevée

1. Cette observation nous a été communiquée par M. Gauché, chirurgien des Hôpitaux du Havre.

par rapport au côté sain. La palpation fait sentir une résistance profonde sans œdème ni signes de fluctuation.

La mobilisation du bras d'avant en arrière est possible. Le mouvement d'adduction immobilise le membre par la contracture perceptible du grand pectoral.

La recherche d'une adénopathie axillaire reste négative. La température est à 38°5, le pouls à 110, l'état général ne semble pas très touché. L'examen des urines ne révèle ni sucre ni albumine. Une radiographie est faite qui montre une plèvre et des poumons normaux et l'intégrité de la paroi costale.

L'enfant a subi respectivement, les 15, 17 et 19 mars, des injections de 1/4, 1/2 et 1 cm³ de propidon.

La température oscille pendant cinq jours entre 38° et 39°. L'état général n'est pas trop mauvais. Les signes de localisation se précisent encore. La tuméfaction soulève le grand pectoral sans bomber le long des bords externe et inférieur de ce muscle. Le diagnostic positif est indiscutable à ce moment et M. Gauchet, chirurgien des hôpitaux du Havre, décide l'intervention sous anesthésie générale. Il pratique une incision parallèle à la clavicule et à un travers de doigt au-dessous de celle-

ci. Elle traverse le grand pectoral et conduit à une poche interpectorale purulente abondante.

Un drain et une mèche sont laissés en place pendant deux jours. Le lendemain de l'intervention, la température descend à 37° pour ne plus dépasser 38° les premiers jours, et enfin l'enfant sort guérie de l'hôpital le 2 avril 1938.

Les analyses de pus identifièrent le streptocoque comme germe en cause.

OBSERVATION N° 4¹

W..., Armande, 55 ans, entre à l'hôpital dans le service de M. le professeur Duret, le 19 janvier 1909.

Huit jours avant, alors que la température était très rigoureuse, cette personne accomplit un voyage en chemin de fer au cours duquel elle eut très froid, surtout aux pieds et aux mains. Le lendemain, après qu'elle eut ressenti aux trois doigts du milieu de la main droite de vives démangeaisons, apparurent sur la face dorsale trois larges phlyctènes auxquelles elle ne prit garde, se contentant d'en faire écouler la sérosité.

1. Observation empruntée à Beal, *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 1902, t. II, pp. 75-78.

Deux jours après, la malade n'a plus aucune douleur, mais le creux de l'aisselle devient sensible en même temps que de violentes douleurs apparaissent dans tout le bras droit, douleurs accompagnées de frissons fréquents, de sensations de chaleur intense, matin et soir.

Peu à peu toute la région thoracique antérieure devient rouge et chaude, tendue et extrêmement douloureuse au moindre attouchement. Le bras est immobilisé, écarté légèrement du tronc par une masse ganglionnaire considérable.

La veille de l'entrée à l'hôpital, le creux sus-claviculaire se prend à son tour, il bombe, immobilise le cou.

Le jour d'entrée, à tous les symptômes décrits précédemment s'ajoute un œdème considérable de la région thoracique antérieure.

Le sein droit, gros, contraste avec l'autre qui est affaissé, amaigri. De plus, sous l'aisselle se sont formées plusieurs phlyctènes, laissant couler une sérosité dans laquelle on trouve de nombreuses chaînettes de streptocoques. La douleur empêche de sentir s'il existe de la fluctuation.

Comme état général, la malade est très affaissée, le pouls est rapide, un peu faible, mais régulier. L'anorexie est absolue, la température peu élevée.

Indiquons que la malade a fait une pleurésie il y a deux ans.

Le 20 janvier, M. le professeur Duret diagnostique un phlegmon sous-pectoral et opère immédiatement. D'une incision faite sur la paroi thoracique du creux de l'aisselle, s'échappe un flot de pus sanguinolent, mais bien lié et non fétide. Une pince-longuette servant de sonde est passée sous le grand pectoral dont la couche cellulaire sous-musculaire est détruite jusque dans la région musculaire sous-claviculaire moyenne où la peau est incisée. Par ces deux ouvertures est passé un gros drain au moyen duquel un grand lavage à l'eau oxygénée est pratiqué, puis, avant d'appliquer sur toute la région enflammée un grand pansement humide, plusieurs incisions cutanées de distance en distance sont faites afin de combattre l'œdème sous-cutané.

Le soir, sans qu'aucune amélioration notable se soit produite, on note une température à 37°6 seulement, le pouls ne dépasse pas 100.

Le 21 janvier, température, le matin : 36°9; le soir : 37°6; pouls : 100. L'état général est sensiblement meilleur; l'appétit revient, plus de frissons.

Le pansement est changé. On le trouve abondamment souillé de pus, mais l'œdème a de beaucoup diminué et toute la région s'est affaissée. Le sein

n'est plus aussi dur, aussi tendu. Le bras ne peut cependant être mobilisé sans douleur.

Le 22 et le 23 janvier, la température s'élève à 38°2 le soir en même temps que des points deviennent fluctuants dans le creux sus-claviculaire. Deux incisions sont faites à nouveau et, après évacuation d'un pus semblable à celui du phlegmon sous-pectoral, la température descend le matin à 37°7.

Le 25, le pansement renouvelé tous les jours est tous les jours imbibé de pus. Des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé s'échappent en abondance par l'incision axillaire. L'œdème ayant disparu, les pansements humides sont supprimés, mais il est fait chaque jour par le drain de lentes injections d'eau oxygénée dédoublée.

Le 27 janvier, l'état général redevient meilleur, le pouls est à 90.

On donne comme tonique général de l'extrait mou de quinquina.

La suppuration diminue, l'évacuation de tissu cellulaire sphacélé devient moins abondante.

Le 5 février, on constate que l'ouverture des deux points de suppuration sus-claviculaire communique avec la grande cavité sous-pectorale. Cependant, comme il est dit plus haut, le pus évacué chaque jour étant moins abondant, un drain de

calibre moindre est placé et suffit aux irrigations d'eau oxygénée.

Le 10 février, la guérison paraît prochaine quand, le jour même, un large lambeau de tissu sphacélé s'est éliminé par l'incision axillaire.

Quant au bras, il est absolument immobile, mais les essais de mouvements en participation sont presque indolores.

OBSERVATIONS 5 ET 6¹

Cas N° 1.

Il s'agit d'un malade : F..., M.-S., originaire de Santa Marta (Salamanque), âgé de 26 ans, marié, journalier de métier.

Sans antécédents héréditaires ni pathologiques, le malade est pris en pleine santé de violentes douleurs à l'épaule et au bras gauche avec irradiations à la partie antérieure du thorax.

La température est à 39° et s'accompagne de frissons déterminant des sueurs profuses. Elle adopte franchement le type de température de suppuration.

1. Observations empruntées à A. Núñez, *Archiv. de Méd. Cir. J. Exp.*, 13 octobre 1928, pp. 412-416. Traduit de l'espagnol.

C'est quinze jours seulement après le début que je vois le malade à ma consultation particulière.

La température est à $38^{\circ}2$, le pouls à 120, l'anorexie est intense, le malade est très émacié.

A l'inspection on aperçoit une tuméfaction diffuse et arrondie qui occupe le plan antérieur, droit du thorax et s'étend jusqu'à l'épaule. La racine du bras présente une déformation en gigot, ce qui fait penser à certains sarcomes de cette région. Surpris sans doute par cette déformation, le médecin habituel avait été amené à poser ce diagnostic.

Le bras est en abduction et rotation externe, empêchant le malade de mobiliser l'épaule à cause de la contracture des pectoraux.

Cependant il peut remuer son bras d'arrière en avant sans grande douleur, ce qui dénonce l'intégrité de l'article scapulo-huméral. La coloration de la peau est normale dans cette région.

A la palpation, douleur profonde dans tout le plan antérieur de l'aisselle, contracture intense du grand pectoral et sensation de résistance.

La peau peut glisser sur les plans profonds et ne présente pas d'œdème ni de tuméfaction. Le creux axillaire est normal à part quelques ganglions perceptibles et quelque peu douloureux.

Le malade ne tousse pas et ne crache pas.

Avec les moyens habituels d'exploration, percussion, auscultation, radioscopie, on ne trouve aucun signe d'affection pleuro-pulmonaire. Devant ce tableau, je n'hésite pas à diagnostiquer une affection aiguë de la paroi antérieure de l'aisselle.

La coloration et la consistance de la peau pouvant glisser facilement sur les plans profonds, l'absence de circulation superficielle supplémentaire et d'œdème indiquent bien clairement qu'il s'agit d'une infection profonde dont témoigne également l'intense contracture du grand pectoral.

Une adénopathie du creux axillaire accuserait une plus grande sensibilité de l'aisselle et une impotence plus complète du bras. Le siège de la tuméfaction et de la douleur, la mobilité antéro-postérieure du bras éliminent l'idée de toute affection articulaire.

Pour la tuméfaction rappelant la déformation en gigot, il fallait penser au sarcome, mais l'évolution clinique et la température étaient à type de suppuration (quoiqu'on ait signalé de la fièvre dans certains sarcomes : Bilckrot, Verneuil), la sensibilité si exquise et la résistance profonde ne nous auraient pas fait abandonner le diagnostic de phlegmon interpectoral.

Je diagnostique donc un adénophlegmon interpectoral.

J'interviens le jour suivant sous anesthésie générale à l'éther par une incision horizontale parallèle au bord inférieur de la clavicule, à quelques centimètres plus bas, pour respecter les vaisseaux du sillon delto-pectoral.

L'incision traverse la peau, le tissu cellulaire et le muscle grand pectoral donnant issue à une grande collection de pus crémeux, mal lié. Avec une pince large introduite dans la vaste cavité interpectorale, je fais saillie dans le creux de l'aisselle, derrière le bord inférieur du grand pectoral, et je pratique une contre-ouverture que traverseront deux drains.

L'évolution post-opératoire est excellente et rapide : chute brusque de la température, disparition de la tachycardie, récupération rapide de l'appétit et de l'état général.

Après huit jours, je draine par l'ouverture inférieure seulement et, quinze jours après, le malade est rendu à sa famille gardant simplement une diminution de l'abduction du bras qu'il a pu récupérer par la suite.

Cas N° 2.

B..., M.-C., âgé de 56 ans, était malade depuis huit jours, avec fièvre élevée, frissons, sueurs, inappétence.

Quand je l'examine, il a 39°, le pouls est à 120. Localement, il présente une tuméfaction. Le médecin habituel, qui est présent, a diagnostiqué un sarcome.

L'exploration donne les mêmes résultats que dans le cas précédent, sauf une lymphangite tronculaire qui part du bord inférieur du grand pectoral du côté gauche et s'étend jusqu'à la crête iliaque du même côté. Je diagnostique l'adénophlegmon interpectoral et je lui propose l'intervention.

Pour convaincre son médecin je pratique sur-le-champ une ponction exploratrice qui nous donne un pus de suppuration aiguë.

La même conduite thérapeutique que dans le cas précédent donne les mêmes résultats et la même évolution post-opératoire. Douze jours après, le malade sort de l'hôpital dans de bonnes conditions.

OBSERVATIONS 7 ET 8¹

M..., âgé de 21 ans, vient consulter pour une douleur à l'épaule gauche. Il a eu, en janvier 1925, une pneumonie dont il déclare avoir été apparem-

1. Observations empruntées à H. Milch, *Ann. Surg.* Avril 1928, pp. 517-527 (Traduit de l'anglais).

ment guéri, sans aucune complication. Environ un mois après sa guérison, il commença à se plaindre de douleurs au niveau de la région acromio-claviculaire gauche. Bien que souffrant, le malade continuait son travail, malgré la gêne dont il se plaignait.

Environ trois mois après le début de la douleur il note l'apparition d'une tuméfaction de la région pectorale gauche avec extension progressive. Pas de frissons ni de fièvre. Une affection vénérienne fut soupçonnée.

La tuméfaction s'étendait de la région sous-claviculaire à la paroi antérieure de l'aisselle, était fluctuante et sensible au toucher. La peau, légèrement œdématiée, présentait une élévation de la température locale, mais n'était pas rouge. Le creux sous-claviculaire était comblé, mais l'aisselle libre. Les ganglions axillaires étaient quelque peu augmentés de volume. L'abduction du bras provoquait une vive douleur.

Nous nous trouvions donc en présence d'un abcès profond des muscles pectoraux et la ponction révéla la présence d'un pus épais, crémeux, jaunâtre, sous le grand pectoral. L'examen du pus montrait de nombreux cocci à gram positif, mais la culture de ce pus demeura négative.

Le malade fut admis à l'hôpital pour une inter-

vention. Des radiographies de l'épaule montrèrent une ostéo-périostite de l'extrémité acromiale de la clavicule. Il existe également de l'ostéo-périostite à la région supéro-externe du col de l'humérus gauche.

Précocement cette lésion pouvait être considérée comme une gomme mais la réaction de Wasserman du sang était négative.

L'examen du sang montrait 8.700 leucocytes avec 58 % de polynucléaires.

La température à l'admission était de 98°8 au Fahrenheit, le pouls à 72, 20 respirations par minute.

Devant le refus du malade à l'intervention et la bénignité de l'infection, il fut décidé de traiter cette suppuration par des ponctions répétées plutôt que par une large incision. Les ponctions successives de pus ne montrèrent ni le bacille de Koch ni tout autre micro-organisme.

Puisque cet abcès ne fut pas incisé et que nulle culture ne poussa, dans ce cas il nous fut impossible d'établir définitivement l'étiologie ou le mécanisme du développement de cet abcès. Cependant, à cause de l'aspect clinique du malade et de la disparition des symptômes après une période de traitement de deux semaines seulement, nous avons cru que le malade a présenté un abcès sous-

pectoral consécutif à une ostéomyélite de l'extrémité externe de la clavicule et il est sorti avec ce diagnostic.

Cas N° 2.

S..., Sarah, âgée de 16 ans, a été admise à l'hôpital le 10 juin 1924. Elle se plaint de douleurs siégeant au niveau de la région pectorale droite. Aucune notion de traumatisme ni d'infection récente de la main ou de la paroi abdominale. La malade est bien constituée et son état ne semble pas grave. La mobilisation de l'épaule droite est douloureuse. Le creux sous-claviculaire est effacé et l'aisselle garde ses contours normaux.

La température est de 100°6 F. Dans la région pectorale il existe une tuméfaction régulière bombant dans la paroi thoracique. La peau à ce niveau est légèrement colorée, sensible au toucher et donne la sensation d'une fluctuation profonde de ces tissus. Toute tentative de mise sous tension de l'espace pectoral, soit en empoignant le bord du grand pectoral, soit en mettant l'épaule en abduction, provoque une vive douleur. Une douce mobilisation antéro-postérieure de l'épaule peut être réalisée sans douleur. Cette manœuvre montrait l'absence de toute lésion intra-articulaire de l'épaule.

Le diagnostic d'abcès sous-pectoral établi, il fut fait une double incision à travers les pectoraux sous anesthésie générale et, brusquement, à travers les fibres du grand pectoral, il se fit une irruption d'une grande quantité de pus crémeux, jaunâtre. Le pus venait de dessous le muscle grand pectoral, cherchant issue en avant mais non en bas dans l'aisselle. Aucune apparence de communication n'existait avec les côtes, la clavicule, l'humérus ou l'articulation de l'épaule.

Il fut appliqué un pansement humide, sans drain. Au bout de deux jours, la température de la malade est tombée à la normale et celle-ci est sortie guérie de l'hôpital, le 14 juillet.

CHAPITRE II

RAPPEL ANATOMIQUE

Avant toute description clinique de la cellulite interpectorale nous allons fixer dans un rappel anatomique la loge où évolueront ces infections et les voies empruntées par les agents en cause pour parvenir à cette loge.

L'espace interpectoral se présente comme une cavité bien close limitée par quatre parois et deux bords. Parois et loge constituent d'ailleurs la paroi antérieure de l'aisselle.

La paroi antérieure de la loge interpectorale, en dehors des plans superficiels formés par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané qui comprend dans un dédoublement lamelleux la partie inférieure du muscle peaucier, est formée surtout par le muscle grand pectoral doublé de son aponévrose superficielle. Cette aponévrose, qui se détache en haut du bord antérieur de la clavicule, s'étale au-devant du grand pectoral jusqu'à son bord inférieur pour

se dédoubler en un feuillet superficiel, l'aponévrose du creux de l'aisselle, et un feuillet profond, l'aponévrose profonde du grand pectoral.

Le muscle grand pectoral constitue en réalité à lui seul la paroi antérieure de la loge. A propos de ce muscle, signalons seulement avec Grossmann l'espace delto-pectoral où un ou deux ganglions lymphatiques également décrits par Aubry, sont interposés sur le trajet d'un vaisseau collecteur qui émane du bras et qui aboutit aux ganglions du groupe sous-claviculaire.

La paroi postérieure est formée par le sous-clavier enfermé dans sa gaine ostéo-fibreuse et par le petit pectoral. C'est ici que l'aponévrose pectorale profonde, véritable barrière contre l'infection profonde, mérite une description spéciale que nous empruntons au *Traité d'Anatomie topographique* de Testut et Jacob. Cette aponévrose est encore appelée, en raison de ses connexions : aponévrose *clavi-coraco-axillaire*. Elle s'insère en haut sur la gaine du sous-clavier et aussi sur le sommet et le bord interne de l'apophyse coracoïde. De là elle se porte en bas en recouvrant tout le triangle qui sépare le sous-clavier du bord supérieur du petit pectoral et prend le nom d'aponévrose clavi-pectorale. Là elle se dédouble pour engainer le muscle petit pectoral et se réunit à nouveau en un feuil-

let au niveau du bord inférieur de ce muscle. Ce feuillet descend et vient se terminer en partie sur la peau du creux axillaire pour former le ligament suspenseur de l'aisselle, en partie sur l'aponévrose brachiale. C'est cette barrière aponévrotique qui fait de la cellulite interpectorale un phlegmon circonscrit, au moins pendant quelque temps.

Quant aux limites supérieure et inférieure, la cavité se trouve fermée en haut par la clavicule, en bas par l'aponévrose du creux axillaire, continuation de l'aponévrose superficielle du grand pectoral.

La loge est fermée en dedans par l'union de l'aponévrose profonde du grand pectoral et l'aponévrose clavi-coraco-axillaire et en dehors par l'aponévrose du coraco-brachial.

La description de cette loge interpectorale serait incomplète sans l'étude des voies d'apport et de relai qui véhiculent l'agent infectieux, c'est-à-dire les lymphatiques : vaisseaux et ganglions.

Notons dès maintenant que cette cavité est comblée par du tissu celluleux au milieu duquel circulent quelques vaisseaux et quelques lymphatiques. Ce sera l'infection de ce tissu celluleux qui donnera lieu à la cellulite interpectorale.

Successivement Kirmisson, Poirier et plus récemment les descriptions précises de Grossmann et

d'Ælsner ont permis de définir le rôle considérable joué par les ganglions de l'aisselle dans la pathologie du membre supérieur et des parois thoracique et abdominale. Testut et Jacob décrivent avec les auteurs précités cinq groupes de ganglions dans l'aisselle : le groupe brachial, le groupe thoracique ou mammaire externe, le groupe sous-scapulaire, le groupe intermédiaire et enfin le groupe sous-claviculaire. Le nombre des ganglions de ces groupes varie de 15 à 36.

En réalité sont à retenir les trois premiers groupes, les deux derniers étant des voies de relai. De ces trois groupes les deux premiers seuls nous intéressent pour expliquer la pathogénie de la cellulite interpectorale.

Mérite cependant une mention spéciale le groupe sous-claviculaire, non parce qu'il sert de relai aux autres groupes mais parce qu'il reçoit directement quelques lymphatiques superficiels du bras accompagnant la veine céphalique et quelques vaisseaux provenant de la mammelle (Grossmann, Rieffel).

Le groupe brachial reçoit les lymphatiques superficiels et profonds du membre supérieur.

Le groupe thoracique reçoit les lymphatiques de la mammelle ainsi que ceux provenant de la peau de la partie antérieure et latérale du thorax et de la portion sus-ombilicale de l'abdomen. Le groupe

thoracique reçoit en outre quelques lymphatiques qui viennent de la plèvre costale et qui pénètrent dans la cavité axillaire au niveau des espaces perforés latéraux. Ainsi s'expliquent les cas d'adénite axillaire consécutive à la tuberculose pleuro-pulmonaire et également les pleurésies purulentes compliquant un adénophlegmon de l'aisselle.

Ajoutons pour mémoire que tous ces groupes ganglionnaires aboutissent par l'intermédiaire du groupe sous-claviculaire dans la veine sous-clavière à son angle de réunion avec la jugulaire interne.

En conséquence l'agent infectieux empruntera la voie lymphatique correspondant au groupe ganglionnaire normal, sauf dans les cas atypiques où certains lymphatiques se jettent dans un autre groupe et enfin dans le cas où un microbe suivra le vaisseau collecteur spécial du bras décrit par Grossmann et Aubry.

CHAPITRE III

HISTORIQUE

Dans les traités de pathologie chirurgicale les plus complets, les chapitres qui traitent des phlegmons de la paroi antérieure de l'aisselle observent le plus souvent un silence total sur la cellulite interpectoraë.

La même remarque peut s'appliquer aux différentes publications (thèses et articles des périodiques médicaux) traitant de ce sujet. Il ne semble pas que la cellulite interpectorale fût méconnue de ces auteurs, mais plutôt qu'elle fut décrite dans le cadre des phlegmons diffus de la paroi latérale du thorax.

Les auteurs du siècle dernier n'en font pas mention.

La question fut étudiée par Demartial et Cerez en 1875; en 1882 elle fut reprise par Pénot dans sa thèse, par Bouilly dans une publication, puis dans

les thèses de Jaboulay en 1885, de Bertey en 1886 et de Mirovitch en 1890.

Plus près de nous, en 1902, Crouzet fait dans sa thèse une remarquable étude de la question. Toutefois il s'agit toujours des phlegmons de la paroi latérale du thorax et la cellulite interpectorale n'est pas encore individualisée. Ce n'est qu'en 1909 que Beal, dans le journal des *Sciences médicales* de Lille, publie la première observation de phlegmon sous-pectoral (observation n° 4).

De puis, la question a fait l'objet d'autres communications : ce sont en particulier celles de Milch et Nuñez dont nous avons rapporté antérieurement les observations (observations 5, 6, 7 et 8), et celles de Vepretzsky et de Straus.

L'étude de ces différentes publications ainsi que des observations produites nous a conduit à isoler une variété de phlegmon de la paroi antérieure de l'aisselle d'étiologie variable mais nettement individualisée dans sa pathogénie, son allure clinique et ses indications thérapeutiques.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

L'étude des différentes observations que nous avons présentées résume sensiblement l'ensemble des étiologies possibles de la cellulite interpectorale. En effet, dans notre observation personnelle, nous la voyons se développer à la suite d'un traumatisme thoracique; dans les observations n° 2 et n° 3, communiquées respectivement par les D^{rs} Boullié et Gauchet, chirurgiens des hôpitaux du Havre, c'est à la suite de piqûres septiques du doigt que nous la voyons apparaître; dans l'observation n° 4, de Beal, de Lille, elle est consécutive à des phlyctènes infectées siégeant également sur les doigts; enfin, les observations n° 5 et n° 7 montrent la cellulite interpectorale comme réaction de voisinage; dans l'une elle est consécutive à un abcès tubéreux de l'aisselle guéri, dans l'autre c'est une ostéomyélite en évolution du tiers externe de la clavicule qui en est le point de départ.

L'observation n° 6 est intéressante parce qu'elle fournit une étiologie atypique. Dans ce cas la cellulite interpectorale a son point de départ dans une érosion de la crête iliaque, l'agent causal étant véhiculé à l'aisselle par une traînée lymphangitique. Cette observation pose également un problème pathogénique sur lequel nous reviendrons tout à l'heure.

Il est évident que, dans un nombre aussi restreint de cas, toutes les étiologies ne peuvent être rencontrées. Les étiologies sont en effet multiples et, pour simplifier cette étude, nous adopterons la classification de Milch :

1° Les plaies pénétrantes : le germe pénètre par effraction sous la peau (échardes, plaie par balle, plaie par coup de couteau, ponction d'un empyème);

2° Les traumatismes : ils résultent d'un coup sur la région produisant un hématome qui s'infecterait secondairement;

3° Les infections lymphatiques secondaires à une infection siégeant au niveau de la main (coupure, panaris, furoncle, bulle d'ecthyma, engelure, eczéma), du bras, de la poitrine ou de l'abdomen;

4° Les affections du sang, toutes les septicémies

et certaines maladies infectieuses comme la grippe, la scarlatine, la fièvre typhoïde, peuvent amener la formation d'une cellulite interpectorale;

5° La propagation des abcès avoisinant : furoncles et abcès tubéreux de l'aiselle, abcès typhiques des côtes, ostéomyélite costale ou claviculaire, collections purulentes pulmonaires ou pleurales.

Le germe en cause sera le plus souvent un agent pyogène banal : streptocoque et staphylocoque surtout, pneumocoque, bacille d'Eberth et même anaérobies mais beaucoup plus rarement.

Le germe qui sera le plus souvent trouvé est le streptocoque.

Toutefois, la présence d'un germe pyogène banal n'explique pas l'allure aiguë que prend quelquefois la cellulite interpectorale. Il faut tenir compte, d'une part, de la virulence exaltée du germe, d'autre part, de l'état de réceptivité et de moindre résistance de l'individu.

La virulence est signée par le passage rapide de l'agent causal dans les vaisseaux lymphatiques et les ganglions de relai sans laisser de traces apparentes d'infection.

Les conditions de réceptivité et de moindre résistance sont réalisées par la fatigue, une maladie antérieure, les maladies chroniques, la misère physiologique.

La pathogénie de cette affection peut être assimilée à la pathogénie générale des phlegmons de l'aisselle. Pourtant il y a quelques particularités à signaler. Nous pensons qu'il pourrait exister un rapport entre la localisation peu fréquente à la loge interpectorale de la cellulite et la présence également peu fréquente de quelques ganglions signalés par Aubry et décrits par Grossmann dans le sillon delto-pectoral, interposés sur le trajet d'un vaisseau collecteur qui émane du bras et qui aboutit au groupe sous-claviculaire (14 % des sujets).

Certaines anomalies lymphatiques expliquent les étiologies atypiques comme nous l'avons signalé pour l'observation n° 6.

Testut et Jacob signalent que « l'on voit assez souvent des lymphatiques provenant de l'un des territoires brachial, thoracique ou dorsal se rendre dans un groupe ganglionnaire différent de celui auquel normalement ils devraient aboutir, ou même franchir un ou plusieurs relais pour se jeter directement dans les ganglions sus-claviculaires. Il sera donc toujours prudent, en clinique, quand on recherchera le retentissement d'une lésion sur les ganglions, de ne pas se borner à examiner un groupe ganglionnaire déterminé, mais d'explorer méthodiquement et successivement tous les groupes de l'aisselle. »

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

Des observations relatées précédemment nous pouvons tirer une étude clinique comprenant une période de début et une période d'état.

Le début est tantôt bruyant, tantôt progressif.

Le début brusque, nous l'avons constaté chez notre malade qui, après son travail, est pris en rentrant chez lui de frissons intenses avec fièvre élevée et état rapidement adynamique.

Mais le plus souvent le début est progressif. Il est caractérisé par des douleurs à topographie mal définie, souvent trompeuse, puisqu'elles siègent à l'épaule alors que l'infection évolue à la paroi antérieure du thorax. Ce sont des douleurs sourdes, profondes, immobilisant l'épaule et le bras. Mais, comme nous le verrons plus loin, il n'existe aucune lésion dans l'articulation de l'épaule.

L'examen somatique du malade se fera torse nu.

Quelquefois on trouvera encore les traces d'une plaie, d'une coupure, d'un panaris, auquel le malade n'a attaché aucune importance. Il existe parfois des traînées lymphangitiques partant de la porte d'entrée du germe. Mais toute trace d'entrée peut avoir disparu lorsqu'on examine le malade.

La palpation à cette période donne des renseignements vagues. On a la sensation d'un empâtement diffus, profond, débordant aussi bien vers la région sus-claviculaire que vers la paroi latérale du thorax. Mais la prédominance de douleur et de résistance profondes siège au niveau de la paroi antérieure du thorax. Aucun signe de fluctuation. Il existe une légère élévation de température locale par rapport au côté sain. On ne constate pas d'œdème sous-cutané et la peau est mobile sur les plans profonds.

Cet examen sera complété par la recherche d'une réaction possible des ganglions de l'aisselle. Dans la majorité des observations recueillies, nous n'avons pas rencontré d'adénopathie axillaire, ce qui indique une virulence de l'agent infectieux telle qu'il peut envahir les ganglions axillaires ou thoraciques, et se répandre au loin sans qu'au niveau du point d'entrée nous retrouvions des traces grossières de son passage.

Parfois cependant quelques ganglions petits, ré-

guliers, douloureux, roulant sous le doigt, occupent l'aisselle.

Nous rechercherons également la possibilité ou la limitation des mouvements. Dans tous les cas relatés les mouvements actifs étaient nuls; mais la mobilisation passive permettait les mouvements d'avant en arrière. Au contraire, l'adduction du bras déterminait une contracture intensément douloureuse du grand pectoral.

Par ces manœuvres nous constatons, d'une part, l'intégrité de l'articulation scapulo-humérale, d'autre part, l'irrigation douloureuse au niveau du grand pectoral.

Les signes généraux, communs à toutes les supurations au début, consistent en fièvre tantôt élevées, tantôt modérée, accompagnée de frissons et sueurs, pouls rapide, état saburral des voies digestives, anorexie, insomnie, chez un malade au faciès infecté.

On ne manquera pas de terminer cet examen par l'exploration de l'appareil pleuro-pulmonaire et une radiographie éliminera les affections de cet appareil et des parois osseuses ou au contraire sera d'un précieux secours étiologique ainsi que nous le constatons dans l'observation n° 7 dont la cause de la cellulite interpectorale était une ostéo-périostite de l'extrémité externe de la clavicule.

Enfin, les épreuves de laboratoire : hémoculture, recherche de la polynucléose constituent la dernière étape de cet examen avec la ponction exploratrice et l'identification du germe en cause.

En somme nous nous trouvons en présence d'un malade infecté qui se plaint de douleurs à l'épaule et à la région thoracique antérieure, dont l'examen révèle une contracture intense du grand pectoral empêchant l'adduction et l'abduction avec intégrité de l'articulation de l'épaule.

Cette période, qui apparaît quatre à six jours après l'inoculation, dure généralement trois à quatre jours. Quelquefois, elle peut être écourtée ou même absente et nous sommes d'emblée à la période d'état.

Ordinairement le malade ne vient consulter qu'à cette période, alors que les signes sont évidents et que l'intervention d'urgence s'impose.

Les signes de localisation se précisent : la douleur prend un caractère plus aigu et siège uniquement à la partie antérieure du thorax. Elle est profonde, lancinante, enlevant tout sommeil au malade.

Le creux sous-claviculaire est comblé, parfois aussi le creux sus-claviculaire. La tuméfaction bombe sur les bords externe et inférieur du grand pectoral, indice d'une collection cherchant issue.

La peau est légèrement rouge, elle présente une augmentation de la température locale, elle n'est plus mobile et garde l'empreinte en godet traduisant l'œdème sous-jacent. Les signes de fluctuation ne peuvent pas être mis en évidence.

En fouillant l'aisselle on ne trouve pas plus d'adénopathie qu'à la période du début.

Les signes généraux sont intenses. La température oscille entre 39° et 40°, le pouls est rapide et petit, les urines rares, hautes en couleur, quelquefois albumineuses. Le faciès est grippé et on a l'impression d'une infection extrêmement grave.

L'intervention doit être pratiquée d'urgence si l'on veut éviter la septicémie ou le phlegmon diffus de la paroi latérale, dont on connaît la gravité extrême et qui peuvent survenir alors même que l'intervention a été précoce.

En effet, la collection ne pouvant se faire jour à la peau envahit la paroi antéro-latérale du thorax réalisant un phlegmon diffus avec des signes généraux de plus en plus graves, une douleur qu'exaspèrent la pression, la toux, les mouvements respiratoires et qui explique la dyspnée intense.

La paroi antéro-latérale, déjà très douloureuse, devient le siège d'un empâtement diffus, la fluctuation apparaît en certains points et le pus s'évacue par une ou plusieurs perforations cutanées.

La diffusion peut se faire également à la région sus-claviculaire et à la paroi dorsale.

Une autre complication également grave est la septicémie sur les signes de laquelle nous ne nous étendrons pas et qui peut donner des abcès métastatiques multiples.

Quelquefois on trouvera une pleurésie purulente annoncée par la dyspnée et les signes habituels et confirmée par l'examen aux rayons X et la ponction exploratrice.

Enfin, après l'intervention, la cellulite interpectorale peut se compliquer d'érysipèle dont on connaît la gravité en pareil cas.

Pour éviter ces complications il importe donc de faire un diagnostic positif précoce qui sera en même temps un diagnostic d'intervention. Celui-ci est basé sur les signes d'infection, la douleur et la contracture du grand pectoral avec intégrité de l'article scapulo-huméral.

Le diagnostic différentiel devra être fait avec :

- la cellulite superficielle; les signes locaux sont ici évidents et les signes généraux moins marqués;
- un épanchement profond consécutif à un traumatisme; absence de signes généraux;
- l'érysipèle de cette région; la tuméfaction est

plus superficielle, on constate de la rougeur, un bourrelet; le début est plus bruyant, la température plus élevée; mais il faut songer à la possibilité d'association des deux affections;

- la phlébite de la mammaire externe;
- l'abcès du sein chez la femme, à symptomatologie définie;
- les abcès froids de la paroi costale dont l'évolution est plus torpide;
- les lésions spécifiques tertiaires de cette région;
- le rhumatisme scapulo-huméral et acromioclaviculaire; dans ce cas les signes généraux sont moins intenses et la douleur reste localisée à l'épaule;
- l'arthrite purulente de ces articles et la bursite sus acromiale;
- le sarcome de la racine du bras;
- chez l'enfant, l'œdème de la paroi accompagnant les formes sévères de la pneumonie et simulant la tuméfaction de la cellulite interpectorale.

Il sera encore plus important et cependant plus difficile de faire le diagnostic différentiel avec les affections suivantes :

- la myosite du petit et surtout du grand pec-

toral : mêmes signes généraux et locaux, à peine une douleur plus diffuse intéressant tout le muscle et immobilisant le bras et l'épaule;

- l'ostéomyélite costale ou claviculaire qui peut être à l'origine de la cellulite;
- la pleurésie purulente prenant quelquefois la même allure clinique; une radiographie lèvera les doutes mais cependant il faut faire la réserve d'une association des deux affections;
- enfin, le phlegmon diffus dont les signes locaux plus marqués diffusent à toute la paroi antéro-latérale du thorax et même au cou, à l'épaule et au dos, dénotant une affection profonde grave; les signes généraux sont à type septicémique.

Si l'intervention à la période d'état a été différée par suite d'une erreur de diagnostic ou si le chirurgien a été consulté après cette période, des complications redoutables peuvent survenir, entraînant souvent la mort du malade.

D'autre part, il convient d'asseoir solidement le diagnostic avant l'intervention, pour éviter de compliquer une affection pré-existante qui pourrait être alors l'origine d'une cellulite interpectorale.

Le pronostic est grave et dépend de la précocité du diagnostic et de l'intervention.

Parmi les huit observations que nous rapportons nous avons eu l'impression d'une affection sérieuse mais qui, **traitée précocément**, a évolué vers la guérison. Nous n'avons à signaler qu'un décès par septicémie.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de la cellulite interpectorale doit être envisagé sous un double point de vue : médical et chirurgical.

Nous avons surtout à insister sur la précocité de l'intervention dont l'intérêt est primordial puisqu'elle empêchera le processus inflammatoire aigu de s'étendre à la paroi latérale du thorax et qu'elle évitera ainsi le phlegmon diffus dont on connaît la gravité pronostique.

1° *Le traitement médical* comportera plusieurs points :

Localement, tant que les signes ne seront pas assez précis pour permettre le diagnostic, on se bornera aux applications de pansements au sérum chaud ou aux pansements humides faiblement alcoolisés, répétés plusieurs fois par jour.

Ces malades étant des infectés, on pourrait être tenté de pratiquer une thérapeutique microbienne

polyvalente ou spécifique. Cette solution semble ne pas devoir retenir l'attention. D'une part, une thérapeutique polyvalente serait sans influence appréciable sur l'évolution de la cellulite; d'autre part, seule la ponction exploratrice permet une thérapeutique spécifique en identifiant le germe. Mais dans ce cas, la ponction exploratrice a permis de faire le diagnostic et on devra passer au traitement chirurgical.

Par contre, il ne faudra pas négliger la mise en œuvre des anti-infectieux généraux qui ont une influence heureuse sur l'évolution par leur action sur la virulence des germes. Nombreux sont les médicaments qui peuvent être employés dans ce but : rubiazol par voie buccale, pyoformine par voie parentérale, septicémine, soluseptazine.

On utilisera aussi d'une façon précoce les tonocardiaques usuels : solucamphre, spartéine, des stimulants diffusibles.

Nous signalons pour mémoire un mode de traitement mixte décrit dans l'observation n° 7 et qui consiste en ponctions évacuatrices de la collection suivies ou non d'injections de liquide modificateur. Ce mode de traitement ne nous paraît devoir retenir l'attention que pour les cas exceptionnels où le malade refuserait l'intervention.

2° *Le traitement chirurgical* s'imposera aussitôt que le diagnostic de cellulite interpectorale aura été posé. De la précocité de l'intervention dépend l'évolution ultérieure de la cellulite et par conséquent le pronostic.

Plusieurs techniques opératoires ont été décrites.

L'intervention pratiquée sur notre malade sous anesthésie générale consistait en une incision large et profonde sur le bord externe du grand pectoral. Par cette incision, il fut possible d'explorer au doigt l'espace interpectoral et de mettre à plat différents diverticules gagnés par le processus infectieux. Aucune contre-incision ne fût pratiquée. La cavité fut méchée de gaze iodoformée, la zone vasculaire du sommet de l'aisselle protégée au préalable par d'autres compresses laissées à demeure.

Nuñez, dans les observations n^{os} 5 et 6 décrit une technique un peu différente.

L'abord de la collection se fait par voie supérieure. Une incision de quelques centimètres est faite parallèlement à la clavicule et à un ou deux travers de doigts au-dessous de celle-ci. Puis une contre-incision est pratiquée au point le plus déclive de la poche, repéré par la saillie d'une pince introduite par la première incision. Un ou deux drains sont placés dans le tunnel ainsi constitué et assurent la bonne mise à plat de la poche. Ces

drains pourront servir, en outre, à pratiquer des lavages à l'aide d'une solution faiblement antiseptique.

Chez l'enfant, on pourra utiliser une variante. On incisera seulement le long de la clavicule comme il a été décrit plus haut. Un ou deux drains seront placés dans la cavité et le plus souvent la guérison sera obtenue sans avoir recours à une contre-incision.

De ces trois techniques opératoires, nous insistons sur les avantages de celle qui fut décrite dans les observations n° 1 et n° 2.

L'incision est unique, mais large et profonde; elle permet d'aborder facilement l'espace décollable situé entre les deux pectoraux, rendant ainsi plus aisée l'exploration de la cavité.

De plus, le drainage se fait dans des conditions favorables, l'incision étant pratiquée en partie déclive.

CONCLUSIONS

I. — La cellulite interpectorale est une affection rare, souvent confondue avec le phlegmon diffus des parois thoraciques.

II. — Il évolue dans une loge fermée, pour un temps tout au moins. Sa diffusion donne lieu au phlegmon des parois thoraciques, dont l'issue est souvent fatale.

III. — Le point de départ est une plaie du membre supérieur, de la paroi antérieure et latérale du thorax, de l'épaule ou du dos. Le plus souvent le germe infectieux suit les lymphatiques normaux du bras, de la paroi thoracique et de l'épaule. Parfois l'infection est apportée par les lymphatiques d'un groupe voisin qui se jettent anormalement dans le groupe qui lui correspond (infection partie de la crête iliaque).

IV. — Cette affection a une évolution clinique

bien définie. A la période de début, le sujet présente des signes généraux d'infection avec douleur à l'épaule et à la région antérieure du thorax, s'accompagnant de contracture du grand pectoral, alors que l'articulation est indolore.

A la période d'état il y a une tuméfaction plus marquée, accompagnée d'œdème, quelquefois de rougeur et de tension sur le bord externe du grand pectoral.

Le pronostic est grave à cause du danger de septicémie, de la propagation à la paroi antéro-latérale du thorax et surtout à cause de la difficulté du diagnostic au début.

V. — L'intervention doit être précoce.

Des trois techniques pratiquées, nous croyons que la meilleure est celle que nous avons vu exécuter par notre maître Le Nouène, qui consiste à inciser largement sur le bord externe du grand pectoral, permettant un grand décollement de la face postérieure de ce muscle et un drainage en partie déclive.

Vu : le Doyen
TIFFENEAU.

Vu : le Président
GOSSET.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Ashurst.* — A.P.C. Surgery 5th edition, Lea and Febiger, Philadelphie 1927, p. 758.
- Banks.* — Dublin Quaterly Journal of the Medical Sciences, vol. XLVI, november 1, 1868, p. 473.
- Beal L.* — Phlegmon sous pectoral. Journal des Sciences Médicales de Lille, 1902-3, p. 75-78.
- Bouilly.* — Phlegmon diffus de la paroi thoracique latérale. 1, Paris-Médical 1882, VII, p. 62-64.
- Crouzet.* — Thèse, Paris, 1902.
- Davis G. G.* — American Journal of the Medical Sciences, vol. CXXIV, n° 3, september 1902, p. 473.
- Demartial.* — Contribution à l'étude des abcès des parois latérales du thorax. Thèse, 1875.
- Henschen C.* — In Garré, Kuttner und Ixer, Handbuch der Praktischen Chirurgie, 5^e édition, F. Enke, Stuttgart, 1924, vol. II, p. 815.
- Jamin.* — Phlegmon diffus de la paroi latérale du thorax, mort rapide. France Méd. Par., 1881, XXVIII, p. 669-672.
- Legiardi-Laura.* — C. Medical Record, vol. LXXXV, n° 1, 3 janvier 1914, p. 18.

- Lenormand Ch.* — Précis de Pathologie Chirurgicale, Masson, t. III, p. 489, 1928, 5^e édition.
- Lejars.* — Chirurgie d'Urgence. Nouvelle édition refondue par Brocq et Chabrut.
- Milch H.* — Acute subpectoral abcess. Ann. Surg. n° 87, p. 517-527, avril 1928.
- Moreau L.* — Revue de Chirurgie, vol. XIX, n° 6, 10 juin 1914, p. 740.
- Nunez A.* — Estudio de los flemones interpectorales. Arch. de Med. Cir. J. Exp. 29 : p. 412-414, 13 octobre 1928.
- Ohlmann J.* — Deutsche Medizinische Wochenschrift, vol. XIV, n° 37, 11 septembre 1919, p. 1023.
- Orbach E.* . . *Invammatorische Schulter Kontraktur* tiefe subpektorale Phlegmon. Med. Klin. 28 : p. 1036-1038, 22 juillet 1932).
- Penot.* — Contribution à l'étude des phlegmons diffus de la paroi thoracique latérale (4^e Thèse, Paris, 1882).
- Peyrot J.-J.* — Traité de Chirurgie. Duplay et Reclus, 2^e édition, 1898, p. 725, t. V.
- Pfeiffer D. B.* — Surgical Clinics of North America, vol. II, n° 1, february 1922, p. 243.
- Renaut M.* — Bulletin de la Société Anatomique de Paris, 4^e série, vol. VII, 2 juin 1882, p. 321.
- Rusman D.* — New-York Medical Journal, vol. II, n° 14, April 3, 1915, p. 658.

Radilius E. — Berliner Klinische Wochenschrift, vol. III, n° 26, june 30 1919, p. 603.

Scott R. D. — Subpectoral abcess suppurative infraclavicular lymphadenitis with report of one case. — J. Michigan M. Soc. 35 : 242-243, avril 1936.

Sérez. — Quelques considérations sur trois cas de phlegmon diffus des parois du tronc. Thèse, Paris, 1875.

Straus D. C. — Subpectoral abcess (suppuration infraclavicular lymphadenitis with report of three cases (Internationnal S. Digest. 20 : 259-273, november 1935).

Souligout. — Phlegmons et abcès aigus des parois thoraciques. In vol. 22, p. 141 du Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet, Paris, Baillen, 1911.

Testut et Jacob. — Traité d'Anatomie Topographique, in 2 vol., p. 655-663, 2^e édition, Paris, 1909.

Tillaux P. — Traité de Chirurgie Clinique, 5^e édition, Asselin et Houzeau, Paris, 1900, 1 vol., p. 750.

Tillaux P. — Traité d'Anatomie Topographique, 8^e édition, Paris, 1895, p. 495-498.

Vepritzsky M. A. — Treatment of Subpectoral abcesses particularly acute suppuration lymphadenitis. (Vra chdielo, 12 : 512-521, avril 1929.)

